

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00054 vom 26. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00054 du 26 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00054 del 26 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 2. Dezember 2016 (Urk. 2) damit, dass aus den medizinischen Unterlagen ein deutliches Aggravationsverhalten erkennbar sei. Das psychiatrische Teilgutachten des C.____

sei nicht nachvollziehbar. Mit einer entsprechenden Therapie könne eine Verbesserung des gesundheitlichen Befindens des Beschwerdeführers erreicht werden. Dadurch liege auch noch kein chronifizierter Gesundheitszustand vor. Es sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, der IV-Grad betrage 0 % . 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das Gutachten des B.____ sei unvollständig, weshalb ihm kein Beweiswert zu komme . Auch die Beschwerdegegnerin sei zum Schluss gelangt, dass die Anordnung eines neuen Gutachtens notwendig sei und habe ein solches beim C.____ in Auftrag gegeben. Weshalb sie sich in der angefochtenen Verfügung gleichwohl auf das B.____ -Gutachten stütze , sei nicht nachvollziehbar (S. 6 f.). Das Gutachten des C.____ halte fest, dass der Beschwerdeführer seit 2008 bereits aufgrund seiner depressiven Störung zu 50 % arbeitsunfähig sei. Es sei stossend, dass die Beschwerdegegnerin trotz entsprechender Diagnosestellung davon ausgehe, dass diese lediglich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhe. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb dem psychiatrischen Teilgutachten nicht gefolgt werden könne (S.

E. 4

1). Am 16. Dezember 2008 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens (Urk. 7/64).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 11

f.). Der Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass keine Chronifizierung vorliege, obwohl die depressive Störung gemäss den C.____ -Gutachten seit mindestens 2008 andauere, könne nicht gefolgt werden. Auch treffe es nicht zu, dass der psychische Gesundheitszustand aktuell nicht adäquat therapiert sei (S. 13). Dem Beschwerdeführer sei der maximale leidensbedingte Abzug zuzusprechen, was eine Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Erwerbsunfähigkeit) von 62.5 % er gebe. Nach der Indikatorenprüfung sei ihm sogar eine volle (richtig wohl: ganze) IV-Rente zuzusprechen (S. 15 f.). 3.

3.1

Das Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. September 2010 (Urk. 7/80) stützte sich auf die folgenden medizinischen Akten (E. 4.1-14): - Austrittsbericht der Rheumaklinik des D.____ vom 9. Januar 2006 über die stationäre Behandlung vom 14. Dezember 2005 bis 7. Januar 2006 (Urk. 7/40/28-30) - Bericht der E.____ vom 15. Februar 2006 über die stationäre Rehabilitation vom 15. Januar bis 11. Februar 2006 (Urk. 7/58) - Bericht des Hausarztes Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 8. Juni 2006 (Urk. 7/12/5-6) -

Bericht der früheren Hausärztin Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, vom 17. Juni 2006 (Urk. 7/15/5-7) - Abschlussbericht vom 24. August 2006 über die Teilnahme am ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm (AISP) vom 6. Juni bis 10. August 2006 (Urk. 7/40/18-21) - Bericht vom 28. März 2007 über die tagesklinische Rehabilitationsbehandlung im Medizinischen Zentrum H.____ vom 3. Januar bis 27. Februar 2007 (Urk. 7/56). - Bericht von Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, vom 21. Juni 2007 (Urk. 7/32) - polydisziplinäres Gutachten des A.____ vom 20. Mai 2008 (Urk. 7/41) - Bericht von Dr. I.____ vom 18. Juli 2008 zuhanden des Hausarztes Dr. F.____ (Urk. 7/54) - Stellungnahme zum A.____-Gutachten von Dr. F.____ vom 18. August 2008 (Urk. 7/55) - Verlaufsbericht des behandelnden Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. August 2008 (Urk. 7/57) - Stellungnahme zum psychiatrischen Teil des A.____-Gutachtens durch die Ärzte des Medizinischen Zentrums H.____ vom 15. Januar 2009 (Urk. 7/68/5-7) - Austrittsbericht der K.____ vom 15. Juni 2009 über die stationäre Behandlung vom 5. Februar bis 11. Mai 2009 (Urk. 7/73/5-13) - Bericht vom 16. November 2009 über die tagesklinische Behandlung (vom 26. August bis 20. Oktober 2009) im Medizinischen Zentrum H.____ (Urk. 7/74/4 12)

Die genannten medizinischen Unterlagen wurden im Urteil umfassend dargestellt, so dass darauf zu verweisen ist. 3.2

Das Gericht erwog dazu (Urk. 7/80), aus den medizinischen Akten gehe hervor, dass beim Beschwerdeführer ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei radiomorphologisch intraforaminaler kleiner Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links, eine depressive Episode, ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein Diabetes insipidus, eine Obstipation und eine subklinische Hypothyreose vorlägen (E. 5.1).

Betreffend die umstrittene Frage der Auswirkungen dieser Befunde auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers führte das Gericht aus, auf das Gutachten des A.____ vom 20. Mai 2008 könne nicht abgestellt werden, da es bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Würdigung der Vorakten und der medizinischen Schlussfolgerungen die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht erfülle. So werde nicht nachvollziehbar begründet, wieso zu keinem Zeitpunkt längerfristig eine höhere als eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, und es fehle diesbezüglich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den zahlreichen an derselben lautenden Arztberichten. Ebenso fehle es an einer vertieften Auseinandersetzung mit der vom Medizinischen Zentrum H.____ erhobenen Diagnose der somatoformen Schmerzstörung. Unbegründet bleibe auch, wieso eine stärkere als die vom psychiatrischen Teilgutachter erhobene „leichte“ depressive Episode für den gesamten zu beurteilenden Zeitraum (16. September 2005 bis 16. Dezember 2008) ausgeschlossen sein soll, wo doch in diversen echtzeitlichen Arztberichten eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werde. Bei dieser Ausgangslage könne die invalidisierende Wirkung einer allfälligen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Soweit in der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 11. November 2008 auf durch die Gutachter des A.____ festgestellte erhebliche Inkonsistenzen verwiesen werde (Urk. 7/63/2), könne daraus nichts gewonnen werden. Zeichen für Aggravation seien vor allem in den chronologisch ältesten Arztberichten erwähnt worden und in den aktuelleren Berichten kein Thema mehr gewesen, wobei sie mit

Bericht der K.____ vom 15. Juni 2009, der auf einem über drei Monate dauernden Aufenthalt des Beschwerdeführers basiere, explizit und überzeugend verneint worden seien (E. 5.3). Auf die Berichte der behandelnden Ärzte könne - aus näher dargelegten Gründen - ebenfalls nicht abgestellt werden, weshalb die Sache für ergänzende Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde (E. 5.4 -5). 3.3

Dr. L.____, Innere Medizin,

Dr. M.____, Rheumatologie,

Dr. N.____, Neurologie, und Dr. O.____, Psychiatrie, vom

B.____ hielten in ihrem darauf hin von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten vom 29. Mai 2012 (Urk. 7/106/1-49) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 43) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (mit somatischen Symptomen) - Schmerzverarbeitungsstörung

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 44) :
- Störung durch Opiate - Chronifiziertes paravertebrales Schmerzsyndrom im Sinne einer Symptomausweitung - Diskushernie LWK4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links
- mediane Diskushernie LWK3/4 (MRT LWS vom 24. März 2007), weitgehend unauffällige Befunde gemäss MRT HWS und oberen BWS vom 17. November 2011 - pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in die Beine - Schulterimpingement rechts, DD: Im Rahmen der Symptomausweitung - Inkomplette Blockwirbelbildung HWK2/3 als Normvariante - Status nach Hypophysenadenom - Syndrom, anamnestisch 2005 nach lumbaler Infiltrationsbehandlung (entsprechend Anamnese möglicherweise ebenfalls mit Symptomausweitung) - Chronische Spannungstypkopfschmerzen - Adipositas (BMI 34) - Anamnestisch arterielle Hypertonie - Anamnestisch familiärer Diabetes insipidus - Obere Dyspepsie bei Status nach

Helicobacter

pylori -positiver Gastritis

Dazu hielten sie fest, dass anlässlich der verschiedenen Abklärungen somatisch diverse degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt worden seien, welche heute kein klinisches Korrelat aufweisen würden. Im somatischen Bereich seien keine Erkrankungen festgestellt worden, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Im Laufe der Jahre habe sich das Beschwerdebild Richtung depressive Störung entwickelt. Aus rein somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit sowie in jeder weiteren leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine Tätigkeit über Schulterhöhe sei jedoch aufgrund der unklaren Schulterproblematik nicht sinnvoll. Aufgrund der medikamentösen Therapie seien auch Tätigkeiten mit gefährlichen Arbeiten nicht möglich. In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % auch in einer leidensangepassten Tätigkeit. Seit der Begutachtung durch das A.____ von 2008 und heute sei es zu einer Verschlechterung des depressiven Geschehens gekommen (S. 45 f.).

Auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/109) führten die Gutachter am 15. März 2013 (Urk. 7/134) aus, aufgrund des somatischen Befundes könnten weder in der bisherigen noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden, ausser während den Hospitalisationen beziehungsweise den Rekonvaleszenzperioden. Aus psychiatrischer Sicht hätten sie angesichts des

ondulierenden Ver laufs der depressiven Problematik mit zwei Hospitalisationen im Jahr 2009 und 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % postuliert. 3.4

Dr. med. P.____ , Facharzt für Innere Medizin FMH , med. pract . Q.____ , Fachärzt in für Chirurgie FMH, Dr. med. R.____ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, Dr. med. S.____ , Facharzt für Neurologie FMH sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Dr. sc. hum. T.____ , Dip lompsychologin, und lic . phil. U.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom C.____ führten in ihrem Gutachten vom 23. März 2015 (Urk. 7/217/1-1 7 8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 152) : - Depressive Störung mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Störungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 152 f.) : - Metabolisches Syndrom - arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I nach WHO - Hyperlipidämie - Verdacht auf beginnende Glucoseintoleranz - Diabetes insipidus - Chronifiziertes

Panvertebralsyndrom bei/mit - foraminaler

grössenregredienter Diskushernie L4/L5 links (MRI 15. November 2012) - altersnormalem MRI HWS und obere BWS 17. November 2011 - Blockwirbelbildung C2/C3 - ohne radikuläre Symptomatik - diffuse Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten ohne organisches Korrelat - massiver Selbstlimitierung - nicht indizierter Opiattherapie - Leichtes myofasiales Schultergürtelsyndrom rechts bei/mit - leichter muskulärer Dysbalance - schmerzhaften Ansatzentzündungen ventral - Chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch - Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Differentialdiagnose diffuse Kopfschmerzen im Rahmen einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - Chronische Insomnie bei akuten/chronischen obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom mit initial AHI 37.1/h (Polysomnographie am 24. Mai 2013) - unter CPAP-Therapie Normalisierung des

AHI (30. Juni 2014) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Latente Hypothyreose - unter Substitution normales TSH

Ergänzend hielten die Gutachter fest, dass die chirurgisch-allgemeinmedizinische Untersuchung das Bild eines 53-jährigen Versicherten mit einem metabolischen Syndrom ergeben habe. In den Laboruntersuchungen habe sich eine Hyperlipidämie

gezeigt und das HbA1c sei im oberen Normbereich. Bei bekanntem Aneurysma der Aorta ascendens

sei die Hyperlipidämie dringend zu therapieren , um das kardiovaskuläre Risiko zu senken und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Aus demselben Grund sei das HbA1c regelmässig zu kontrollieren und bei Bedarf eine antidiabetische Behandlung einzuleiten . Diese Befunde würden jedoch keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit begründen . Die Spirometrie zeige keine Hinweise auf eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung trotz ungenügender Compliance

(S. 160) .

Aus rheumatologischer Sicht hätten die im Gutachten des B. ___ vom 29. Mai 2012 wiedergegebenen Beurteilungen betreffend den Bewegungsapparat aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufes und der aktuellen Untersuchungsbefunde im

Wesentlichen Gültigkeit. Es würden sich auch bei der aktuellen Untersuchung Zeichen für eine erhebliche Selbstlimitierung zeigen. Die segmentalen passiven Bewegungstests nach manualtherapeutischen / osteopathischen Untersuchungstechniken und das spontane Bewegungsverhalten

seien weitgehend unauffällig, so dass hier massive Inkonsistenzen vorlägen. Aus rheuma-orthopädischer Sicht

sei eine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit mit analogem Belastungsprofil vollschichtig ganztags zumutbar. Was das myofasziale Schultergürtel-Syndrom rechts betreffe, so seien auch hier erhebliche Inkonsistenzen anzugeben: Obwohl bereits im ersten aktenmässig dokumentierten Bericht der damaligen Hausärztin der Verdacht auf Symptomausweitung festgehalten und in späteren fachärztlichen Berichten immer wieder bestätigt worden sei, habe der Beschwerdeführer eine intensive Zuwendung erhalten. Er schein sich vor jeglicher Selbstverantwortung dispensiert zu haben. Weitere am Bewegungsapparat applizierte therapeutische Massnahmen seien kontraindiziert und würden ihn nur weiterhin in seiner subjektiven Krankheitswahrnehmung bestätigen. Was das Problem des Opiatzugs betreffe, so sei ein solcher - und zwar erfolgreich durchgeführt - unabdingbar notwendig, vor jeglichen weiteren anderen Massnahmen (S. 161).

Bei der neurologischen Exploration besteht eine chronische Kopfschmerzkrankung. Aufgrund der diffusen Angaben und Vagheit der berichteten Symptomatik sei die Zuordnung der Kopfschmerzsymptomatik schwierig. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich um chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch und zusätzlich einem chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp. Die apparative Zusatzdiagnostik habe

kein Anhalt für eine Polyneuropathie oder eine rechtsseitige N. ulnaris - beziehungsweise

N. medianus -Neuropathie oder für chronisch-neurogene Veränderungen im Kennmuskel L4 links ergeben (S. 161 f.).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten die Befunde auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers

schliessen lassen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde. Aus neuropsychologischer Sicht könne keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 162).

Bei der psychiatrischen Exploration hätten im objektiven psychopathologischen Befund Auffälligkeiten bestanden, die auf eine mindestens mittelgradig ausgeprägte depressive Störung schliessen lassen. Insgesamt wirkt der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält. Es liegt eine Verarmung, Starrheit, Insuffizienz der Affekte vor. Hilf- und Hoffnungslosigkeit seien spürbar. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien reduziert. Gestik und Mimik seien angemessen und würden die depressive Stimmung affektsynthym unterstreichen. Die Spontanität und Eigeninitiative seien reduziert. Die soziale Teilnahme

sei im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Die Exploration des Tagesprofils weist auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien mittelgradig eingeschränkt. Es müsse von einer ausgesprochenen Selbstlimitierung und Aggravation ausgegangen werden. Nichts destotrotz würden sich klare Hinweise auf eine mindestens mittelgradige anhaltende depressive Störung objektivieren lassen. In wie weit die depressive Symptomatik zusätzlich durch die Opiatabhängigkeit getriggert

werde, müsse nach einem Opiatentzug erneut beurteilt werden. Es sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei

beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv

mittelschwer einzuordnen. Es könne von einer verminderten tatsächlichen Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Defizite ausgegangen werden. Die Kardinalsymptome einer Depression seien erfüllt. Gemäss dem ICD-10 sei diagnostisch von einer depressiven Störung gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) auszugehen. Im Weiteren liege eine psychische Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit vor (S. 162 f.).

Die Arbeitsfähigkeit für bestimmte Berufe, wie das Führen und Bedienen von Maschinen und eine aktive Teilnahme im Strassenverkehr,

sei nicht gegeben. Aus psychiatrischer Sicht könne eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 163).

Es werde dringend im Rahmen einer Schadenminderungspflicht empfohlen, eine stationäre Entgiftungsbehandlung von Opiaten durchzuführen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei gemäss den aktuellen Leitlinien zur Behandlung von unipolaren Depressionen zu intensivieren, darüber hinaus die medikamentöse Behandlung anzupassen, gegebenenfalls durch eine Augmentation mit einem zweiten Antidepressivum oder Lithium oder einem Schilddrüsenhormon (S. 165). Der Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht seit 2008 konstant, wobei es den üblichen Verlauf mit schlechten Phasen und vorübergehend 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu beobachten gebe (S. 166).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit sowie für sämtliche dem Leiden optimal angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 50% arbeitsfähig (S. 164). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte bezüglich der somatischen Befunde seit jeher. Seit Beginn der Erkrankung sei in sämtlichen Berichten darauf hingewiesen worden, dass keine objektivierbaren Befunde beständen, die eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Ebenso sei von Beginn weg auf ein Aggravationsverhalten hingewiesen worden. Dieses habe sich auch bei der aktuellen Begutachtung gezeigt und in der neuropsychologischen Untersuchung bestätigt werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit mindestens 2008 eine mittelgradige depressive Störung. Seit 2008 könne aus psychiatrischer Sicht aufgrund der mittelgradigen

depressiven Episode von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und von 100 % während den Hospitalisationen ausgegangen werden. Die Schwere der depressiven Symptomatik vor 2008 könne retrospektiv anhand der Akten nicht beurteilt und die Arbeitsfähigkeit nicht mit der notwendigen Objektivität festgelegt werden (S. 163 f.).

Zur Frage der gesundheitlichen Veränderung führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht sei es insofern zu einer Verschlechterung gekommen, als sich zunehmend bei der klinischen Untersuchung demonstrative Komponenten zeigten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit mindestens 2008 eine mittelgradige depressive Störung. Der Gesundheitszustand sei seither konstant mit dem üblichen Verlauf mit schlechten Phasen und vorübergehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu beobachten gewesen (S. 166). 4.

Dr. O.____ vom B.____

stützte sich in seinem psychiatrischen Teilgutachten für die Begründung der Schmerzverarbeitungsstörung auf das vom hiesigen Gericht ausdrücklich unter anderem in diesem Punkt als ungenügend bezeichnete

A.____ -Gutachten vom 20. Mai 2008 (vgl. E. 3.2 hievord). Zudem lag ihm der Austrittsbericht der K.____ vom 1. November 2011 (Urk. 1/161/3-5) über die stationäre Behandlung vom 7. bis 28. Oktober 2011 nicht vor, weshalb er sich mit diesem nicht auseinandersetzen konnte. Auf das Gutachten des B.____ vom 29. Mai 2012 kann somit ebenfalls nicht abgestellt werden, zumal sich die Gutachter auch auf Rückfrage zum gesundheitlichen Verlauf nicht nachvollziehbar äusserten. Davon ging auch die Beschwerdeführerin aus (vgl. Urk. 7/227 S. 2), weshalb sie das C.____ mit der Erstellung eines neuen Gutachtens beauftragte. 5.

Das polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 23. März 2015 (E. 3.4 hievord) beruht auf den erforderlichen chirurgisch-allgemeinmedizinischen, rheumatologischen, psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Sie zeigten insbesondere auf, dass eine erhebliche Selbstlimitierung sowie massive Inkonsistenzen vorlagen. So wurde seit Beginn der Erkrankung darauf hingewiesen, dass keine objektivierbaren Befunde bestehen, die eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Ebenso wurde von Beginn weg auf ein Aggravationsverhalten hingewiesen, welches sich auch bei der Begutachtung gezeigt hat und in der neuropsychologischen Untersuchung bestätigt werden konnte. Nachdem die Fachärzte der K.____

nach der Hospitalisation im Jahre 2009 ein Aggravationsverhalten noch verneint hatten, wiesen sie im Bericht vom 1. November 2011 (Urk. 7/161/3-5) über die stationäre Behandlung vom 7. bis 28. Oktober 2011 darauf hin, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Schmerzen die aktivierenden Massnahmen wie Ergo-, Bewegungs- und Physiotherapie nur unregelmässig besucht habe. Allerdings sei er von der Pflege beobachtet worden, dass er zwischendurch sehr entspannt und den Rücken gewiss belastend auf einem Sofa im Aufenthaltsraum gelegen sei (S. 2), was auf ein inkonsistentes Verhalten hin deutet. Selbst die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums H.____ wiesen am 4.

Januar 2011 (Urk. 7/163/4-10) diagnostisch auf ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten hin (S. 1). Der Rheumatologe sprach von einer demonstrativen Verdeutlichungstendenz und schilderte das Vermeiden der Wirbelsäulen- und Hüftbeweglichkeit in der Untersuchungssituation, obwohl dies in der Ankleidesituation problemlos gelinge (S. 5). Auch die B.____ -Gutachter erhoben typische Zeichen der Symptomausweitung (Urk. 7/106/45). Anders als im Zeitpunkt der Urteilsfällung im vorangegangenen Beschwerde verfahren (vgl. E. 3.2 hievor) weisen

somit auch aktuelle Berichte auf ein diskrepantes Verhalten des Beschwerdeführers hin. Dass auch die C.____ -Gutachter erhebliche Inkonsistenzen aufzeigten, ist damit nachvollziehbar.

Dennoch

sind gemäss den C.____ - Gutachtern klare Hinweise auf eine mindestens mittelgradige anhaltende depressive Störung objektivierbar. Dr. S.____ begründete - wie vom hiesigen Gericht im Urteil vom 29. September 2010 verlangt (E. 3.2 hievor) - ausführlich, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden konnte und weshalb stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen ist. Ebenso begründete er die Diagnose einer anhaltenden statt einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 136-142) und würdigte auch die im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts aufgelegten Vorakten ausführlich und widerlegte die teilweise abweichenden Beurteilungen (S. 144 ff.).

Die C.____ - Gutachter empfahlen dringend, eine stationäre Entgiftungsbehandlung von Opiaten durchzuführen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu intensivieren und die medikamentöse Behandlung anzupassen (S. 165).

Sie gelangten sodann zum ausführlich begründeten Schluss, dass der Beschwerdeführer seit 2008 in der angestammten Tätigkeit sowie in sämtlichen dem Leiden optimal angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig ist. Vor 2008 bestand aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, aus psychiatrischer Sicht vermochten die Gutachter dies nicht zu beurteilen. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.3 hievor), was im Übrigen auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird. 6.

Der Beschwerdeführer berief sich auf den Austrittsbericht Rehabilitation der Klinik V.____ vom 18. Januar 2016, wo

er vom 22. Dezember 2015 bis 18. Januar 2016 in stationärer Behandlung war (Urk. 7/237/1-8). Gemäss diesem bestehe –

im Wesentlichen entsprechend den Diagnosen im C.____ -Gutachten - unter anderem ein chronisches cerviko- und lumbospondylogenes betontes Panvertebralsyndrom sowie eine chronische Schmerzstörung. Ausführungen in Bezug auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden im Bericht jedoch - entgegen den Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) - keine gemacht.

Die behandelnden Fachleute des Medizinischen Zentrums H.____ gingen in ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2017 (Urk. 3/3) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus und verwiesen zur Begründung auf ihre bisherigen Berichte. Mit diesen hatte sich C.____ -Gutachter Dr. S.____ jedoch ausführlich auseinandergesetzt und eine längerfristige

volle Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigen können. Ob den behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums H.____

die Vorakten bekannt waren, wird aus ihrem Bericht nicht ersichtlich ; jedenfalls setzten sie sich mit diesen, insbesondere mit dem Gutachten des C.____ und den darin aufgeführten Diagnosen und den abweichenden Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, nicht auseinander. Obschon sie - wie vorstehend dargelegt (E. 5) - ihrerseits Selbstlimitierungen erhoben, nahmen sie im Rahmen der Beurteilung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit darauf keinen Bezug. Ebenso wenig erläuterten die behandelnden Ärzte die von ihnen abweichend zu den C.____ -Gutachtern, aber auch zu den Ärzten der Klinik V.____ (Urk. 7/237) und der K.____ (Urk. 7/161) als schwer gefasste depressive Störung. Die C.____ - Gutachter legten zutreffend dar, dass diese Diagnose wie auch die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar ist (Urk. 7/217/147), zumal die Behandler dem ondulierenden Verlauf mit ihrer durchgängig diagnostizierten schweren Störung offensichtlich nicht Rechnung trugen. Ihr Bericht vermag damit weder Zweifel an der Beweiskraft des C.____ -Gutachtens noch eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Erstellung des Gutachtens zu begründen.

Dasselbe gilt für das MRI der Hals-, Lenden- und unteren Brustwirbelsäule vom 14. Dezember 2016 (Urk. 3/5), sind diesem doch weder wesentliche Befunde noch eine wesentliche Veränderung zum Gutachten des C.____ zu entnehmen. Die C.____ -Gutachter schlossen eine lumbale radikuläre Symptomatik genauso aus wie die Radiologin am 14. Dezember 2016 (Urk. 3/5 S. 2). Diese sprach allein von im Vergleich zu den von den Gutachtern gewürdigten Bildgebungen befundkonstanten diskreten Diskopathien beziehungsweise beschrieb wie letztere eine Diskushernie im Lumbalbereich, während sie im Bereich der HWS eine Kompression lediglich für möglich hielt, was nicht geeignet ist, das C.____ Gutachten umzustossen. 7.7.1

Die Gutachter des C.____ waren der Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung seit 2008 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. 7.2

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel

keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorge nannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als andert halb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorge nannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. Die vom Beschwerdeführer in Bezug auf eine invalidisierende Wirkung mittelgradiger depressiver Störungen angeführte bundesgerichtliche Rechtsprechung aus dem Jahre 201 1 (Urteile des Bundesgerichts 9C_1041/2010 vom 3 0. März 2011 E. 5.2 und 9C_980/2010 vom 2 0. Juni 2011 E. 5.3; Urk. 1 S. 7 und S. 13) ist insoweit überholt. 7 .3

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beein trächtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, sel ber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Ge richt) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gege benheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwen der und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu be ur teilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Be rücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). V on einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfä higkeit kann da mit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 7 .4

Der Beschwerdeführer leidet seit vielen Jahren an Depressionen und war des halb unter anderem bereits mehrfach in der K.____

hospitalisiert (5. Februar bis 1 1. Mai 2009, 2 2. Februar bis 1 2. Mai 2010 und 7.

bis 2 8. Oktober 2011; Urk. 7/ 90/23, Urk. 7/ 90/5 und Urk. 7/ 161) und im Medizinischen Zentrum H.____ in tagesklinischer Behandlung (3. Januar bis 2 7. Februar 2007 und 2 6. August bis 2 0. Oktober 2009; Urk. 7/56 und Urk. 7/74/4) . Ab J uni 2006 war er einmal pro Monat bei Dr. J.____

in p sychiatrischer Behandlung (Urk. 7/ 57, Urk. 7/41/11 und Urk. 7/90/3). Seit August 2009 wird er i m Medi zinischen Zentrum H.____ behandelt, dies mit zunächst zwei, seit ungefähr Ende 2014 einer Sitzung pro Mon at (Urk. 7/217 S. 126 und Urk. 7/234/6). Eine solche Behandlungsfrequenz deutet auf einen zwar vorhandenen , jedoch nicht allzu grossen Leidensdruck hin. So gingen auch die Gutachter des C.____

von einer Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderte Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruch nahme therapeutischer Hilfe aus und empfohlen eine Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung sowie eine Anpassung der medikamentösen Behandlung (Urk. 7/217 S. 142 und S. 165). Insbesondere ist nicht

einzuholen, weshalb der Beschwerdeführer bei subjektiv anhaltend hohem Leidensdruck die Behandlung im Medizinischen Zentrum H.____ trotz der unbefriedigenden Ergebnisse jahrelang unverändert fortsetzte und sich nicht um einen anderen Therapeuten oder um eine ihm vielleicht besser zusagende andere Therapien (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) bemühte. Dies gilt umso mehr, als die verschriebene Medikation aus ärztlicher Sicht wiederholt angezweifelt wurde. Bei dieser Sachlage kann von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist, nicht gesprochen werden. 7.5

Eine invalidisierende Wirkung der mittelschweren depressiven Störung seit Ende 2008 ist damit nicht ausgewiesen.

Ob es sich beim depressiven Leiden nicht ohnehin bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, kann damit offen bleiben.

Die Gutachter des C.____ vermochten die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Symptomatik vor 2008 retrospektiv nicht zu beurteilen, wobei der Beschwerdeführer selbst seinen Zustand als „seit Jahren stabil schlecht“ beschreibt (Urk. 7/217 S. 126). Dazu ist festzuhalten, dass bis Ende 2008 jeweils eine leichte bis höchstens mittelgradige Ausprägung der depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. Urk. 7/80 E. 4.2 und E. 4.5-6). Im Zeitraum vom 16. September 2005 bis 16. Dezember 2008 erfolgte wie bereits dargelegt vom 3. Januar bis 27. Februar 2007 eine tagesklinische Behandlung sowie ab Juni 2006 eine Psychotherapie bei Dr. J.____ mit jeweils monatlichen Sitzungen. Die Behandlungsintensität war damit noch tiefer als im Zeitraum ab Ende 2008. Auch der depressiven Störung vor Ende 2008 kann folglich keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. 8.8.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass er auch aufgrund seiner

Schmerzstörung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 16 f.). Gemäss den Ausführungen der

C.____-Gutachter hat die chronische Schmerzstörung

mit somatischen und psychischen Faktoren hingegen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.4 hievore).

Die juristische Anspruchsprüfung ist in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit ist die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Eine „Indikatorenprüfung fällt somit auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt“ (so ausdrücklich Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1; zur Plausibilitätsprüfung im Zusammenhang mit chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41] vgl. BGE 142 V 106 E. 4.2 und E. 4.4). 8.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen

Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum

Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tat sächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 8 . 3 8 . 3 . 1

Die Ausprägung des Schmerzsyndroms wurde von den C.____-Gutachtern als objektiv mittelschwer eingestuft. Die C.____-Gutachter schilderten multiple psychosoziale Belastungsfaktoren (Migrationshintergrund, Schulden, längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, schwere Arbeit, keine Ausbildung, Alter; Urk. 7/217/143), welche aus versicherungsrechtlicher Sicht keine Invalidität zu begründen vermögen und ebenfalls gegen eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sprechen . Komorbiditäten

sind zudem keine vorhanden . Diese sind

lediglich dann als krankheitswertige Störungen zu berücksichtigen, wenn ihnen eine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukommt. Die mittelgradige depressive Störung vermag keine solche zu begründen, kommen doch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als psychische Komorbiditäten nur schwere und therapeutisch nicht (mehr) angehbare psychische Krankheiten in Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2; Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 27). Auch der Opioid-Abhängigkeit kommt keine invalidisierende Wirkung zu (vgl. dazu E. 9 .3 hienach), weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und demzufolge mit Krankheitswert wurden von den C.____-Gutachtern nicht gestellt. 8 . 3 . 2

Was die persönlichen und sozialen Ressourcen des Beschwerdeführers betrifft, so ist dieser seit 1988 verheiratet und Vater von fünf Kindern, wovon drei noch zu Hause leben . Wohl bestanden in der Vergangenheit Spannungen zwischen dem Beschwerdeführer und seinen Kindern, doch haben sich diese seit dem Auszug der beiden ältesten Töchter ungefähr im Jahre 2010 mehrheitlich gelegt.

Anlässlich der Begutachtung durch das C.____ gab der Beschwerdeführer denn auch an, dass er zu allen Kindern wie auch zu den Geschwistern im Heimatland einen sehr guten Kontakt habe (Urk. 7/217

S. 123 und Urk. 7/106 S. 35 f.).

Der Beschwerdeführer führte aus , er stehe spätestens um 5: 30 Uhr auf, trinke einen Kaffee, nehme zwischen 12:00 und 12:30 Uhr das Mittagessen und zwischen 18:00 und 19:00 Uhr das Abendessen ein und gehe

zwischen 22:00 und 01:00 Uhr zu Bett. Dazwischen sitze und liege er, trinke Tee und schaue TV. Er versuche ein - bis zwei mal pro Tag zu spazieren und gehe maximal 10 bis 15 Minuten nach draussen. Manchmal habe er Therapien oder Arzttermine . Während

seine Ehefrau andauernd Besuche bekomme, bekomme er nur ab und zu Besuch von seiner Familie und gehe nicht gerne selber zu Besuch. Hobbies habe er keine, früher sei seine Arbeit sein Hobby gewesen

(Urk. 7/217 S. 62 und S. 125).

Die Ausführungen des Beschwerdeführers lassen auf ein eher eingeschränktes Aktivitätsniveau schliessen. Die Angaben der Gutachter wiederum sprechen gegen den geschilderten eingeschränkten Tagesablauf. So berichteten sie über eine auffallende Beschwielung der Hände, die für eine Person, welche seit über acht Jahren nicht mehr manuell arbeiten könne, rechts deutlich ausgeprägt sei, insbesondere im Bereich der Daumen. Dasselbe gelte für die Beschwielung der Knie (Urk. 7/217 S. 71). Der Beschwerdeführer sei zudem bei der Schilderung des Tagesablaufs diffus und vage geblieben (Urk. 7/217 S. 124). Wie stark eingeschränkt das Tagesaktivitätsniveau des Beschwerdeführers tatsächlich ist, kann jedoch letztlich offen bleiben, denn selbst wenn dieses nicht besonders hoch sein sollte, so erhält er

durch seine Einbettung in die Familie doch eine Tagesstruktur. Trotz des sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext damit bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

In Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers berichtete C.____
-Gutachter Dr. S.____ ,

die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen und zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittelgradig eingeschränkt. Hingegen konnte der Gutachter keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen feststellen und ging von einer ausgeglichenen Persönlichkeit aus (S. 130 f. und S. 162). Das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers wird durch seine Persönlichkeitsstruktur damit nicht erheblich negativ beeinflusst. 8.3.3

Wie dargelegt fehlt es an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten (E. 6.4 f. hier), war der Beschwerdeführer doch in den letzten Jahren - nebst stationären und ambulanten Behandlungen - lediglich ein- bis zwei mal pro Monat in psychiatrischer Therapie. In Anbetracht dieser verhältnismässig geringen Behandlungsfrequenz kann nicht von einem ausgeprägten Leidensdruck ausgegangen werden. So sprachen auch die Gutachter von einer Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (Urk. 7/217 S. 142).

Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergab zudem deutliche Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen. So beständen Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden, zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage sowie zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests, einschliesslich spezieller Beschwerdenvallidierungstests (Urk. 7/217 S. 142). Der Beschwerdeführer fährt zudem regelmässig mit dem Fahrzeug zu seinen Arztterminen (Urk. 7/217 S. 124). Das Führen eines Motorfahrzeugs ist jedoch mit

physischen und kognitiven Ressourcen verbunden, was in Diskrepanz zur vom Beschwerdeführer geltend gemachten vollen Arbeitsunfähigkeit steht. 8 . 4

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schmerzstörung seit Ende 2008 führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Schmerzstörung vor 2008 eine invalidisierende Wirkung gehabt hätte, zumal sich die psychischen Beschwerden seither verschlechtert haben. 9 . 9 . 1

Die C.____ - Gutachter diagnostizierten zudem eine Abhängigkeit von Opioiden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. 9 . 2

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHl 2002 S. 30,

I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2). 9 . 3

Nachdem wie oben dargelegt weder der depressiven Störung noch der Schmerzstörung und auch nicht den weiteren von den C.____ -Gutachtern gestellten Diagnosen eine invalidisierende Wirkung zukommt, kann die Opiate-Abhängigkeit des Beschwerdeführers weder Folge noch Auslöser eines Gesundheitsschadens sein, welchem Krankheitswert zukommt. Entsprechend kommt der Abhängigkeit kein invalidisierender Charakter zu. 10 .

Zusammengefasst ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten sowie in sämtlichen dem Leiden optimal angepassten körperlich leichten bis mittel schweren Tätigkeiten seit jeher voll arbeitsfähig.

Der Beschwerdeführer machte geltend, es sei ein leistungsbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen. Eine allfällige Kürzung des Invalideneinkommens kommt jedoch nur in Betracht, wenn dieses auf der Grundlage von Tabellenlöhnen ermittelt wurde. Nachdem

der Beschwerdeführer in seiner ange stammten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, zur Berechnung des Invaliditätsgrads des mithin keine Tabellenlöhne heranzuziehen sind, ist auch kein Leidensabzug

zu gewähren. Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 0 %, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 1 1 .

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Amsler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.